

## 不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関等証明欄（主治医が記入すること）	
不妊治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
治療費等	保険診療適用外本人負担額 円
不妊治療の内容	人工授精
上記のとおり証明します。 平成 年 月 日  医療機関の名称及び所在地 主治医氏名  印	

### 備考

- 1 診察の状況を医療機関等証明欄へ記入してもらってください。
- 2 治療費等欄は、保険診療適用外の人工授精に要した本人負担額のみとしてください。